

LES KYSTES CONGÉNITAUX DU PLANCHER BUCCAL

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE DENTAIRE
PAR

Abdol Reza ETEMAD MOGHADAM

DE
TÉHÉRAN (IRAN)

Thèse n° 205



Digitized by the Internet Archive
in 2026

**LES KYSTES
CONGÉNITAUX
DU PLANCHER BUCCAL**



UNIVERSITÉ DE GENÈVE
CLINIQUE D'OTO RHINO LARYNGOLOGIE

FACULTÉ DE MÉDECINE
PROFESSEUR A. MONTANDON

LES KYSTES CONGÉNITAUX DU PLANCHER BUCCAL

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE DENTAIRE
PAR

Abdol Reza ETEMAD MOGHADAM

DE
TÉHÉRAN (IRAN)

Thèse n° 205

AMBILLY
COOPÉRATIVE « LES PRESSES DE SAVOIE »
1958

La Faculté de Médecine, sur le préavis de Monsieur le professeur A. MONTANDON, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 9 Septembre 1958.

Le Doyen :
R. MONTANT.

Thèse N° 205.

A MES PARENTS,

avec mon affection et ma reconnaissance.

Mes plus vifs remerciements vont au Professeur A. MONTANDON qui a inspiré et dirigé cette thèse et m'a permis de travailler dans son Service pendant la préparation de ce travail.

I.

INTRODUCTION

Si la grenouillette sub-linguale est connue depuis fort longtemps, une confusion dans la nomenclature a contribué à obscurcir la question. Ainsi, la plupart des tuméfactions kystiques du plancher buccal étaient appelées grenouillettes. Ce n'est que plus tard que l'on distingua celles-ci des kystes dermoïdes issues d'un trouble de la fusion des bourgeons de la bouche ou d'inclusions épithéliales. Par conséquent, seules les statistiques des dernières années, avec examen histologique, sont vraiment utiles. Un autre élément curieux : la plupart des traités mentionnent ces affections mais, en réalité, elles sont bien plus rares qu'on ne le pense habituellement. Le diagnostic et l'exérèse chirurgicale radicale des kystes congénitaux du plancher de la bouche posent des problèmes difficiles. Le patient peut se plaindre de poussées infectieuses aiguës au niveau de ces kystes. Ceux-ci peuvent alors se vider dans la bouche et lors de l'examen, on ne voit plus grand chose. New (1947) dit bien qu'il n'est pas rare de voir des patients ayant présenté des symptômes depuis des années sans que le diagnostic ait été posé. Les kystes congénitaux à considérer sont : les grenouillettes (ranula), les kystes dermoïdes, l'hygrome kystique, le kyste thyroïdienne du plancher buccal, les kystes branchiaux du cou, particulièrement la variété haute qui peut provoquer une tuméfaction du plancher buccal. La complexité embryologique et anatomique de la région, la confusion terminologique et la rareté des observations motivent aussi ce travail. Des observations du Service d'oto-rhino-laryngologie de Genève (Directeur : Professeur A. Montandon) seront décrites.

Nous discuterons :

- a) Les questions embryologiques du cou et du plancher buccal ;
 - b) La clinique et l'anatomo-pathologie de ces kystes ;
 - c) Le diagnostic différentiel ;
 - d) Nos observations.
-

II.

QUESTIONS EMBRYOLOGIQUES DU COU ET DU PLANCHER BUCCAL

Si les kystes congénitaux latéraux du cou peuvent être nettement distingués de ceux du plancher buccal, il n'en est pas ainsi des kystes médians, qui sont souvent sous-mentonniers. Il est donc logique de décrire certains aspects embryologiques du cou et du plancher buccal ensemble.

Une grande partie du cou humain est formée à partir des arcs viscéraux. Durant la cinquième semaine de la vie fœtale, les arcs branchiaux (ou viscéraux) apparaissent dans la région du cou et du pharynx. Quatre arcs sont superficiels ; le cinquième et le sixième sont profonds. Au début de la septième semaine, on ne voit plus les arcs par l'extérieur et l'endoderme du pharynx primitif tapisse la surface interne de ces derniers. Dans chaque arc se développent un squelette cartilagineux, un arc aortique ou vasculaire réunissant les aortes ventrale et dorsale, un grand nerf antérieur et un plus petit, postérieur. En outre, l'arc renferme du tissu musculaire.

Chaque nerf de l'arc viscéral innerve le muscle contenu dans l'arc. Le nerf trijumeau et le ganglion de Gasser reposent à la base de l'arc mandibulaire. Les ganglions des VII^e et VIII^e nerfs crâniens sont situés à la base de l'arc hyoïdien et en avant de la vésicule otique. Le XII^e nerf et son ganglion sont en arrière de la vésicule otique. Les ganglions du X^e reposent sur les bases des 4^e, 5^e et 6^e arcs. Le nerf spinal innerve les muscles sterno-cléido-mastoïdien et le trapèze, qui sont d'origine branchiale. La musculature de la langue provient des 3 derniers segments occipitaux.

Le premier arc (mandibulaire) surtout, et le deuxième (thyroïde) se développent plus rapidement que les autres. Le deuxième recouvre les troisième et quatrième avec formation d'un sinus cervical qui disparaîtra à la fin du deuxième mois.

A la fin de la septième semaine (12 mm.), le quatrième arc est recouvert par le repli occipital et le troisième arc est superficiel. La partie supérieure du deuxième arc donnera le méat auditif externe alors que le reste formera le pavillon de l'oreille. Entretemps, le pharynx s'éloigne de l'épicarde avec ébauche du cou. La mandibule a des restes du 2^e arc attachés à elle, mais plus profondément, les muscles digastrique et stylo-hyoïdien maintiennent l'arc dans sa position originale.

A la fin du deuxième mois, les fentes branchiales ont disparu de l'intérieur du pharynx à l'exception de la première qui formera la trompe d'Eustache, la cavité tympanique et le réseau mastoïdien. La deuxième

fente branchiale est oblitérée ventralement par le développement de la langue et par une prolifération de son endoderme. Seule une petite portion peut persister en tant que récessus (fosse amygdalienne). La portion dorsale de cette poche peut contribuer à former le récessus tubo-tympanique.

L'arc mandibulaire nous intéresse plus particulièrement puisque le développement du plancher buccal en dépend. L'arc mandibulaire situé entre la première fente branchiale et le stomodéum, donnera outre la mandibule, la lèvre inférieure, les muscles de la mastication et la partie antérieure de la langue. La charpente cartilagineuse est formée par les cartilages de Meckel, au-dessus desquels l'enclume se développe. L'extrémité dorsale de chaque cartilage s'unit à la capsule de l'oreille pour former le marteau. Les extrémités ventrales de chaque cartilage se soudent sur la ligne médiane pour former la portion de la mandibule contenant les incisives. Des extrémités dorsales de l'arc mandibulaire, un bourgeon triangulaire, le processus maxillaire croît pour former la joue et les lèvres supérieures.

Le deuxième ou arc hyoïde contribue à la formation des faces antérieures et latérales du cou. De son cartilage se développent le processus styloïde, le ligament stylo-hyoïdien et les petites cornes de l'os hyoïde. L'étrier provient probablement de la partie supérieure de cet arc.

Le cartilage du troisième arc branchial donne les grandes cornes de l'os hyoïde. La base linguale provient des 2° et 3° arcs.

Les 4° et 5° arcs s'unissent pour former le cartilage thyroïde.

Le cartilage du 6° arc donnera les cartilages aryténoïdes et cricoïdien

Développement de la bouche. — La bouche naît du stomodéum et du plancher de l'intestin céphalique. Avec la croissance de la tête, la région du péricarde et la membrane bucco-pharyngienne entrent en contact. Au fur et à mesure que le péricarde se développe, la membrane bucco-pharyngienne se creuse pour former le stomodéum. Celui-ci est tapissé d'ectoderme. Les lèvres, les dents et les gencives naissent des parois du stomodéum mais la langue se développe à partir du plancher du pharynx.

Le canal thyro-glosse. — La glande thyroïde se développe à partir du diverticule médian de la paroi ventrale du pharynx et de deux diverticules latéraux de la 4° fente pharyngée. Le diverticule médian apparaît lors de la 4° semaine au niveau du tuberculum impar et s'étend en bas et en arrière sous la forme d'un canal tubulaire qui bifurque et se subdivise plus tard en une série de cordons cellulaires, à partir desquels l'isthme et les lobes latéraux de la thyroïde se développent. La connexion entre la thyroïde et le diverticule médian du pharynx est réalisée par le canal thyro-glosse. Celui-ci dégénère, sa partie supérieure étant représentée par le foramen cæcum, et sa partie inférieure par le lobe pyramidal de la thyroïde.

C'est vers la fin de la cinquième semaine, dans des embryons de 7 mm., que le canal thyro-glosse n'est plus relié à la langue, à la suite de l'atrophie du canal.

CONSIDÉRATIONS PATHOLOGIQUES :

Les kystes latéro-cervicaux. — Proctor (1953) estime que la pathogénèse des fistules et des kystes cervicaux latéraux demeure controversée surtout à cause des divergences concernant le développement embryonnaire du cou.

La plupart des auteurs appuient la théorie branchiogène quoique les détails ne soient pas encore élucidés. Les principales possibilités sont les suivantes :

- a) Vestiges des fentes branchiales (îlots épithéliaux) ;
- b) Défaut de la fusion des arcs branchiaux ;
- c) Rupture de la membrane séparant les sillons des fentes branchiales ;
- d) Développement anormal de l'appareil branchial ;
- e) Persistance du sinus cervical.

Proctor note qu'il est habituellement admis que les kystes sont dus à des îlots épithéliaux vestigiaux (a) alors que les fistules dépendent de la fermeture incomplète d'un sillon ou d'une fente branchiale (b).

Bailey (1925) a décrit 4 types de kystes branchiaux d'après leur localisation :

Type I. — Kystes immédiatement sous l'aponévrose superficielle et sur le bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien ;

Type II. — Le plus fréquent : les kystes sont sous le sterno-cléido-mastoïdien, en contact avec les grands vaisseaux. Des adhérences entre le kyste et la jugulaire interne sont fréquents ;

Type III. — Pénétration entre les carotides interne et externe vers la paroi pharyngée. Une prolongation du kyste peut s'étendre jusqu'à la base crânienne ;

Type IV. — Le kyste est collé contre la paroi pharyngée latérale et se trouve à l'intérieur par rapport à la carotide. On rencontre rarement ce type en clinique, le kyste produisant peu de symptômes. Quelquefois, après des tonsillectomies, ces kystes s'ouvrent dans la loge amygdalienne.

D'après Frazer (1940), le type I serait dû au tractus attaché au sinus cervical. Le type II proviendrait d'une persistance du sinus cervical. Le type III naît d'un deuxième tractus, qui part du sinus cervical. Le type IV pourrait provenir d'un canal pharyngé interne ou des corps épithéliaux qu'on retrouve dans les fentes branchiales.

Toujours selon Frazer, seul un examen attentif de la localisation et de l'anatomo-pathologie du kyste pourrait fournir des renseignements quant à son origine. Les relations anatomiques sont de première importance. Ainsi, le deuxième canal externe passe entre les 2 carotides et en avant du vague. Le troisième canal externe passe derrière la carotide interne ou commune, en avant du vague pour atteindre le pharynx sous l'hyoïde. Le quatrième canal externe est refoulé en bas par l'arc de l'aorte à gauche et par la sous-clavière à droite. Si la membrane qui sépare ces canaux du pharynx est perforée, le deuxième canal peut pénétrer dans la loge amygdalienne, le troisième dans la fosse piriforme en avant du repli du nerf laryngé interne, et le quatrième dans la fosse piriforme en arrière de ce nerf.

Le tissu lymphoïde dans la paroi du kyste provient d'après Frazer des restes du thymus. Les dérivés ectodermiques ont un épithélium stratifié, alors que les prolongations endodermiques possèdent un épithélium prismatique. Les prolongations internes des vestiges cervicaux croisent le nerf hypoglosse pour s'insérer plus haut.

Les fistules branchiales se divisent en trois types :

- I. Fistule externe incomplète ; elle s'ouvre à l'extérieur mais pas dans le pharynx ;
- II. Fistule interne incomplète ; elle s'ouvre dans le pharynx mais pas à l'extérieur ;
- III. Fistule complète avec orifices pharyngés et cutanés.

Proctor note encore qu'il est possible de distinguer une fistule de la deuxième fente d'une fistule du tractus thymo-pharyngien :

- 1) Une fistule de la deuxième fente passe entre la carotide externe et l'interne. Une fistule du canal thymo-pharyngien ne pénètre pas entre les carotides ;
- 2) L'orifice interne d'une fistule de la deuxième fente est dans l'amygdale alors que celui du canal thymo-pharyngien est dans la fosse piriforme ;
- 3) Le canal thymo-pharyngien contient des corpuscules de Hassall, etc.

Des anomalies en relation avec des vestiges du canal thymique sont très rares.

Les dermoïdes du plancher buccal proviennent des troubles de la fusion ou de vestiges de l'arc (mandibulaire) principalement, et du deuxième (hyoïde) qui contribue à la formation de la région hyoïdienne du cou. Les kystes sous-mentonniers médians ne peuvent être distingués rigoureusement de ceux du plancher buccal. Il s'agit d'une variété plus profonde ou plus basse.

Les kystes médians et le canal thyro-glosse. — Des kystes thyro-glosses chez l'adulte peuvent être médians, mais des exceptions se ren-

contrent (Ward, 1949). Il est donc indispensable de considérer les kystes thyroo-glosses en même temps que les dermoïdes du plancher buccal.

Chez l'adulte, un canal thyroo-glosse persistant naît du foramen cœcum, passe à travers les vallécules, antérieurement à l'épiglotte et descend en avant de l'os hyoïde, quelquefois d'un côté de la ligne médiane, puis en avant du cricoïde et du cartilage thyroïde pour atteindre la glande thyroïde. La jonction avec la glande s'effectue généralement par l'intermédiaire du lobe pyramidal. Un point anatomique important a été souligné par Brintnall et coll. (1954) : lorsque le canal thyrooglosse croise l'os hyoïde en avant, le canal ne descend pas directement mais remonte pour s'appliquer intimement à la membrane thyro-hyoïdienne. Comme celle-ci est attachée à l'os hyoïde en arrière, l'enveloppement de cet os par le canal est rendu possible. Ces relations intimes avec l'os hyoïde nécessitent sa résection en cas d'intervention pour un tractus thyroo-glosse persistant (Brintnall et coll.).

III.

CLINIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIE DES KYSTES DU PLANCHER BUCCAL

Il faudrait distinguer les tuméfactions kystiques de la glande sub-linguale (grenouillettes) des kystes dermoïdes congénitaux du plancher buccal. En outre, d'autres affections kystiques seront discutées : les kystes thyro-glosses, souvent sous-mentonniers, et les kystes branchiaux, les médians, en particulier.

a) *Les grenouillettes :*

Elles ont été longtemps confondues avec les dermoïdes ou autres tuméfactions kystiques. Les publications de Baker (1871), Morf (1905) Halstead (1917), Thompson (1920), Goldman (1922), Cattalorda (1924), Stein (1925), Fitzwilliams (1927), Tsuzuki (1937), Ferreira (1940) et Johnston (1942), ont contribué à éclaircir la situation.

Les grenouillettes chroniques sont des tuméfactions kystiques de la glande sub-linguale. Elles siègent directement sous la muqueuse du plancher buccal et sont habituellement unilatérales et uniloculaires. Leur consistance est molle et fluctuante ; elles sont indolores et leur couleur légèrement bleutée ou violacée, est due à la collection kystique qui apparaît par transparence sous leurs minces parois. Elles finissent par atteindre la dimension d'une noix et déplacent alors la langue en haut et de côté ; elles peuvent refouler aussi la glande sous-maxillaire vers le bas. Elles sont habituellement situées au-dessus du muscle mylo-hyoïdien mais peuvent contourner le bord postérieur de ce muscle et produire une tuméfaction de la région sous-maxillaire. Les grenouillettes se rencontrent surtout chez des personnes d'âge moyen mais elles peuvent être présentes à la naissance ; les hommes et les femmes sont atteints avec la même fréquence. Elles atteignent rarement de grandes dimensions et se vident quelquefois spontanément, ce qui rend alors le diagnostic difficile. L'infection, la seule complication, est relativement rare. En cas de rupture, les grenouillettes se reforment rapidement. Leur contenu est un liquide visqueux, muqueux, jaunâtre, qui peut être distingué de la salive par des épreuves chimiques et ne contient pas d'amylase.

Le diagnostic s'effectue par l'anamnèse, l'observation clinique, la radiographie et l'examen histologique du kyste. Les kystes sub-linguaux situés profondément en arrière du muscle mylo-hyoïdien sont plus diffi-

ciles à diagnostiquer ; la palpation bi-digitale est alors très utile. Deux cas semblables ont été décrits par Thoma, Holland et coll. (1948).

Pathogénèse. — Selon Thoma, il s'agit d'un mucocèle de la glande sub-linguale, de façon semblable aux mucocèles des autres glandes. La littérature ne fournit pas de détails précis sur l'étiologie de cette affection. Ainsi, Ombredanne parle de « dysembryome », d'autres mentionnent une origine congénitale sans fournir d'autres explications (cf. Truffert, par exemple). Pour Lecène et Suzanne (cités par Vrasse, 1939), les grenouillettes sont des pseudo-kystes analogues aux pseudo-kystes du pancréas, développés aux dépens des glandes sub-linguales à la suite d'une infection avec auto-digestion des acini. Imbert et Jeanbran, Cunéo et Veau (cités par Vrasse) pensent à une inclusion de débris épithéliaux dans le sillon para-lingual externe. Il est raisonnable toutefois de supposer qu'une imperforation ou une obstruction du canal de la glande sub-linguale produit à la longue une accumulation de mucus (la sub-linguale étant presque uniquement mucipare) avec formation de la tuméfaction kystique. Ainsi, la grenouillette est peut-être congénitale mais ceci n'est pas démontré.

Johnston (1942) rappelle que l'intestin céphalique contribue à la formation du plancher buccal et que l'histogénèse compliquée de sa muqueuse explique les aberrations du développement de cette dernière qui peut contenir toutes sortes de cellules, allant des cellules pavimenteuses stratifiées aux cellules ciliées ou mucôides.

Thompson (1920) pense que les grenouillettes sont d'origine branchiale mais que le canal thyro-glosse avec son tapissement pavimenteux stratifié pourrait être à l'origine de quelques cas de grenouillettes. Ces deux hypothèses ne sont pas généralement admises.

New (1947) semble d'accord avec l'hypothèse couramment admise qui attribue la pathogénèse des grenouillettes à une obstruction du canal excréteur, mais il ajoute que ceci ne peut être toujours le cas à cause de la nature bilatérale de ces kystes dans quelques cas, et aussi qu'une partie seule de la glande peut être atteinte.

Anatomo-pathologie. — La paroi du kyste est formée par une capsule tapissée d'un épithélium. Celui-ci peut être stratifié mais est souvent aplati par la pression du liquide. Quelquefois, des glandes sébacées sont trouvées.

Traitement. — Ferreira (1940) a utilisé le bistouri électrique avec succès dans 8 cas et recommande cette méthode comme étant simple, peu hémorragique et rapide. Klos (1953) rapporte le cas d'une fillette de 7 ans avec une tuméfaction sub-linguale chez qui l'opération avait échoué. Des injections répétées de glucose hypertonique entraînèrent par contre la guérison. Kindler (1950) mentionne que l'injection de substances radio-opaques dans les grenouillettes les fait disparaître. Bailey (1931) recommande la marsupialisation du kyste en excisant la partie supérieure et en saturant la partie inférieure à la muqueuse buccale.

Goldman (Thèse de Paris, 1922) a aussi décrit des cas opérés avec succès par la marsupialisation. L'excision radicale reste néanmoins la thérapeutique de choix en utilisant la voie buccale ou sous-mentale. La minceur de la paroi du kyste rend toutefois l'intervention délicate. Pour New (1947), si le kyste est difficilement clivable, l'électrocoagulation de la paroi kystique est recommandée. Cet auteur préfère ceci à la marsupialisation.

b) *Les tuméfactions kystiques des petites glandes du plancher buccal :*

Ces tuméfactions (mucocèles) ont été décrites sur la muqueuse jugale, les lèvres, et la face inférieure de la langue. Elles sont dues à l'obstruction du canal excréteur des petites glandes. Elles n'ont toutefois pas été décrites au niveau du plancher buccal. Elles se confondent peut-être avec la mucocèle de la glande sub-linguale.

c) *La tuméfaction kystique du canal de Wharton :*

Peele (1951) présente deux cas avec des tuméfactions kystiques aiguës du canal de Wharton. Il s'agissait de petits calculs du canal qui ont été éliminés en massant la glande. Fontaine (1950) décrit un cas avec rétention kystique de ce canal due à une imperforation de l'orifice. Ces observations peuvent avoir une importance dans le diagnostic différentiel.

d) *Les kystes dermoïdes :*

Il est important de distinguer trois sortes de kystes dermoïdes (New et Erich, 1937, 1939).

1. Le kyste dermoïde congénital, tératome provenant de l'épithélium germinatif embryonnaire. Ce type est le plus complexe et siège surtout dans les ovaires et les testicules. Le kyste renferme de l'os, du cartilage, des poils, etc. ;

2. Le dermoïde d'implantation, par pénétration traumatique d'un fragment de l'épiderme. Ces dermoïdes se rencontrent aux doigts surtout.

3. Le kyste dermoïde congénital développé ailleurs que dans les organes génitaux et qui provient soit d'un défaut de fusion des fentes branchiales ou des bourgeons embryonnaires, soit de nids épithéliaux embryonnaires (vestiges). Ce sont ces kystes qui nous intéressent.

En outre, il faut clairement distinguer les dermoïdes des kystes branchiaux. Plusieurs auteurs semblent les confondre. Or, les premiers contiennent des poils, souvent des dents et une matière sébacée, ce qui n'est pas le cas pour les deuxièmes. Si ces derniers sont congénitaux la pathogénèse embryologique est manifestement différente. Les parois sont formées comme la peau, par un épithélium pavimenteux stratifié avec des follicules pileux, des glandes sébacées et sudoripares, dont la sécrétion produit le contenu du kyste. Quoique présents à la naissance, les kystes ne se manifestent que lorsque l'enfant atteint l'âge de quelques années. La paroi kystique peut être de nature embryonnaire ou

adulte. Souvent, l'organisation est tout à fait rudimentaire. Les première et deuxième fentes branchiales produisent une série d'anomalies dans les régions auriculaire et sous-mandibulaire. Les kystes peuvent renfermer du cartilage, des os et des dents. Les kystes de la région sous-mandibulaire qui nous intéressent plus particulièrement ici, se rencontrent surtout derrière l'angle mandibulaire et dans la région sublinguale dans le plancher de la bouche.

Cliniquement, les dermoïdes sont situées sur la ligne médiane, dans la région sous-mentonnière, soit au-dessus ou au-dessous du muscle mylo-hyoïdien. Si le kyste est au-dessus du mylo-hyoïdien, le plancher buccal sera soulevé. Les kystes sous le mylo-hyoïdien produisent une tuméfaction qui peut atteindre la dimension d'une orange, sous le menton. Le kyste est habituellement arrondi, mais peut-être allongé. Les auteurs français parlent de dermoïdes adgénéiens ou adhyoïdiens (Truffert, Cabanettes 1952, Lannelongue, Rolland, Debonnelle — ces trois derniers cités par Cabanettes). Les dermoïdes adgénéiens et adhyoïdiens ont été appelés ainsi en raison de leurs connexions avec les apophyses géni dans le premier cas et avec l'os hyoïde dans le second. Debonnelle parle plutôt de kystes superficiels et profonds. Il semble plus logique de suivre la nomenclature des Anglo-saxons (Thoma, New 1937) et de distinguer les formes au-dessus et au-dessous du mylo-hyoïdien, d'autant plus que les connexions profondes de ces dermoïdes peuvent être très complexes.

Un autre groupe de cas présente des kystes rétro-angulo-maxillaires mais, selon Padgett, ces dermoïdes latéraux étaient probablement centraux au début, et ont ensuite émigré latéralement.

La symptomatologie consiste en une tuméfaction, soit buccale, soit sous le menton et une légère gêne à la déglutition et à la phonation. Chez les nourrissons, la respiration peut être sérieusement gênée. New (1947) a opéré un nourrisson d'un mois qui présentait un énorme dermoïde du plancher buccal et de la langue et qui refoulait cette dernière en arrière. L'intervention a été effectuée par la bouche. Une portion de kyste pénétrait le mylo-hyoïdien dans la région sous-maxillaire (4 cm au-dessus du muscle et 2 cm. sous celui-ci). Après l'exérèse, l'auteur découvrit que l'enfant avait une fissure palatine. Le palper bidigital est très utile pour le diagnostic ; la consistance est pâteuse. En outre, les grenouillettes sont immédiatement sous-muqueuses et latérales, alors que les dermoïdes sont plus profondément situés et médians. La ponction des dermoïdes donne un liquide sébacé caractéristique. Dans les cas où ils contiennent de l'os ou des dents, la radiologie les révèle clairement.

Anatomo-pathologie. — Shore (1938) a rapporté quatre cas de kystes dermoïdes, tapissés par un épithélium pavimenteux stratifié, contenant des poils et des follicules pileux. Gibbs (1913) signale le cas d'un enfant âgé de 25 mois avec un kyste contenant toutes les dents de lait. A l'opération, il a été découvert que la portion alvéolaire de la mâchoire était double et contenait encore des dents de lait. Bjerrum

(1930) décrit un autre kyste dermoïde attaché à la mandibule et contenant 400 cc. de liquide séreux et qui renfermait deux mâchoires et une cavité buccale rudimentaire avec une langue. Les mâchoires contenaient 14 dents. On peut aussi trouver du tissu lymphoïde dans la paroi kystique (Crawford et Webster, 1952).

Thoma décrit un cas qui renfermait des dents entourées par de l'os tapissé par la paroi du kyste. Cette paroi contenait des glandes sébacées et des follicules pileux. L'épithélium était mince. Les dents étaient bien développées quoique la denture montrait des calcifications. La pulpe ne présentait rien de particulier ; le ciment était du type primaire et la membrane périodontaire normale.

Cabanettes (1952) rapporte deux cas de la Clinique de Montpellier. Il s'agissait de kystes dermoïdes médians du plancher buccal, dont la paroi était formée par un épithélium pavimenteux stratifié. Dechaume (1938) cite encore deux cas. Branchi (1951) décrit un volumineux kyste du plancher de la bouche et Poujol (1930) en décrit un autre. Un des rares dermoïdes médians sous-mentonniers est rapporté par Grabske (1951). Erich et Johnsen (1953) signalent un cas curieux : l'ablation d'un énorme dermoïde situé entre la joue et le plancher buccal, de 35 cm. de diamètre environ, chez un enfant de 15 mois. Ce kyste contenait des dents, des os, du sébum, de la graisse et des poils. Il s'agissait vraisemblablement d'une malformation de la fusion des fentes intermaxillaires. Dans un autre cas de New (1947), il fallut pratiquer une trachéotomie le volumineux dermoïde comprimant la langue contre le pharynx.

Quelle est la fréquence des kystes dermoïdes du plancher buccal ou de la région sous-mentonnaire (puisque'il s'agit de types très semblables, les uns étant situés au-dessus du mylo-hyoïdien et les autres au-dessous) ? On est d'emblée frappé par la rareté des observations. Même les kystes dermoïdes du nez et de la région latéro-cervicale, relativement plus fréquents, sont encore rares.

Sur les 100 cas de kystes de la tête et du cou réunis par New et Erich (1910-1935), 7 seulement étaient situés dans la région cervicale et 1 sur la ligne médiane.

Crawford et Webster (1952) en fouillant la littérature Anglo-saxonne des dernières cinquante années n'ont trouvé que 51 kystes dermoïdes du nez, auxquels ils ont ajouté 14 cas décrits par eux. Une bonne proportion des kystes congénitaux du cou est encore due aux kystes thyro-glosses : sur les 49 cas de Rees et Brown (1953) de kystes congénitaux du cou, 30 étaient d'origine thyro-glosse. New et Erich ont par la suite examiné 722 cas de tumeurs bénignes du larynx dans la Mayo Clinic avant 1938 ; 35 ou 4,85 % étaient des kystes, dont 1 seulement de nature congénitale. Ces auteurs (1937) ont aussi étudié 1495 kystes dermoïdes du corps entier :

103 cas ou 6 % atteignaient la tête et le cou, dont :
24 cas ou 23 % atteignaient le plancher buccal et la langue ;
13 cas ou 12,5% atteignaient le nez ;

51 cas ou 50 % atteignaient la région orbitaire ;
15 cas ou 15 % atteignaient le cou et le palais.

La localisation la plus relativement fréquente était donc la région orbitaire, suivie du plancher buccal, puis du cou et enfin du nez.

Le kyste peut être situé dans la langue sur la ligne médiane (New 1947) avec une fistule allant au plancher buccal. L'infection serait assez fréquente.

Traitement. — L'exérèse radicale est nécessaire, soit par voie buccale soit par voie sous-mentonnière.

e) *Les kystes thyro-glosses et leurs anomalies :*

Ces kystes, habituellement sur la ligne médiane ou légèrement déviés d'un côté (Ward, Brintnall et coll.), peuvent occuper n'importe quelle place entre le foramen cæcum et l'isthme thyroïdien. Habituellement, on les rencontre au niveau de l'os hyoïde. Un cordon peut quelquefois être palpé entre le kyste et l'os hyoïde. Le kyste bouge lors de la déglutition. Il n'y a jamais d'attachement à la peau à moins d'une incision ou d'une rupture. L'infection est possible surtout s'ils ont été incisés. Ce sont les enfants qui présentent habituellement ces kystes mais il n'est pas rare d'en trouver aussi chez des adultes. Cette variété de kystes doit être prise en considération dans le diagnostic différentiel des affections kystiques de la région hyoïdienne et du plancher buccal, d'autant plus qu'elles sont relativement plus fréquentes que les dermoïdes médians. Du point de vue histologique, la paroi du kyste est constituée par un épithélium stratifié ou cilié. Les poussées inflammatoires sont fréquentes. Quelquefois, après une rupture spontanée du kyste, du muco-pus apparaît au niveau du foramen cæcum.

L'excision complète est le seul traitement possible. La résection du corps de l'hyoïde est nécessaire de même que l'inspection du V lingual afin de ne pas laisser un reste.

f) *Les kystes branchiaux :*

La tuméfaction, indolore, siège habituellement sous l'angle de la mâchoire et le long du bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien mais elle peut-être située aussi dans la région du pilier postérieur sous l'amygdale, dans l'hypopharynx, ou dans la base linguale. Ces dernières localisations sont plus rares. Proctor rapporte que les patients remarquent parfois des variations dans la dimension du kyste. Ceci serait dû à l'absorption de liquide par les parois ou à l'écoulement dans le pharynx par une fistule. Les gros kystes produisent une tuméfaction du plancher buccal mais rarement du pharynx. Il n'y a pas de prédominance d'un sexe ou d'un autre mais une tendance familiale a été rapportée.

La dimension du kyste varie d'une olive à une orange. La tuméfaction est kystique, mobile. La peau n'est pas modifiée. D'après Proctor, le centre du kyste correspond à l'os hyoïde. La tuméfaction déborde aussi le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien.

Anatomo-pathologie. — Le contenu du kyste est un liquide opaque qui se laisse aspirer à la ponction. En secouant ce liquide dans une petite assiette, les particules de graisse deviennent visibles (Bailey 1925). Les cristaux de cholestérol sont nombreux.

Les parois possèdent un épithélium pavimenteux stratifié, entouré par du tissu lymphoïde et par du conjonctif lâche. Dans 263 des 287 cas signalés par Neal et Pemberton (cités par Proctor, 1955), l'épithélium était pavimenteux. Dans 18 cas, le revêtement était composé de cellules prismatiques et dans 6 cas, les 2 types d'épithélia étaient présents. L'épithélium prismatique peut être cilié. Le conjonctif de support renferme parfois des glandes séreuses et du tissu musculaire. Des signes d'inflammation chronique sont presque toujours présents. Un kyste, décrit par Rudberg (cité par Proctor), contenait du tissu thymique.

Le traitement est opératoire en essayant de ne pas faire éclater le kyste. Le nerf spinal qui est postérieur au kyste devrait être épargné.

g) *Les kystes hydatiques :*

Des cas ont été rapportés dans les régions infectées. Errecart 1952 en décrit un chez un garçon de 12 ans. Le diagnostic initial était celui de grenouillette. La guérison a été obtenue après l'exérèse. Les épreuves immunologiques et la réaction de Casoni sont positives dans ces cas.

h) *L'hygrome kystique :*

Il s'agit d'un kyste lymphatique multiloculaire qu'on retrouve en premier lieu au cou mais qui peut siéger au plancher buccal. Des jeunes enfants sont habituellement touchés et la mère consulte à cause de la protusion de la langue. Le kyste est situé soit sous le plancher buccal soit sous le menton, ou dans la région sous-maxillaire.

Anatomo-pathologie. — Ce kyste lymphatique multiloculaire a des parois minces recouvertes d'un endothélium et renfermant de la lymphe. C'est un kyste de rétention dû à l'obstruction ou à l'absence de développement des vaisseaux lymphatiques afférents.

A l'examen, on trouve un kyste à parois minces, qui refoule la langue. La palpation du cou révèle une tuméfaction d'un côté. D'après New (1947), l'hémangiome ou le lymphangiome présentent le même aspect, excepté que l'hémangiome est plus coloré et est granulé. Au microscope le lymphangiome et l'hygrome kystique ne peuvent être distingués l'un de l'autre et ils réagissent de la même façon au radium.

Traitement. — New (1947) rapporte que dans le temps, il essayait de drainer ces kystes, avec comme résultat une infection et la mort. L'exérèse est possible mais risque d'être laborieuse. New les a traités à la Mayo Clinic par la radiothérapie ou par implantation de radon avec succès. Lierle (1944) signale un cas de lymphangiome de la langue et du plancher buccal coexistant avec un hygrome kystique du cou. New (1947) a observé aussi un cas pareil et croit que ces deux affections sont de même nature.

i) *Les kystes des vallécules et de l'épiglotte :*

Ces kystes débordent le cadre de ce travail puisqu'ils ne sont plus situés dans la cavité buccale. Mentionnons cependant les 5 kystes dermoïdes des vallécules décrits par Lodge (1953). Les kystes épiglottiques ne sont pas rares : il s'agit soit de kystes de rétention, soit de dermoïdes. Alejo (1947) rapporte un dermoïde dans cette localisation. Benjamins (1924) présente 2 cas de dermoïdes et Bauer (1948), des kystes de rétention.

IV.

LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES KYSTES DU PLANCHER BUCCAL

1. *La tuméfaction kystique de la glande sub-linguale (grenouillette)* est latérale par rapport à la ligne médiane, immédiatement sous la muqueuse du plancher buccal. Par transparence, la paroi du kyste est bleutée. L'orifice du canal de Wharton est libre et laisse écouler une salive claire. L'affection est peu douloureuse, survient plutôt chez des jeunes et est chronique. Après une rupture ou une ponction du kyste, ce dernier peut être difficilement situé ; dans ce cas, il convient avant d'intervenir, d'attendre que le liquide se reforme.

2. *Le kyste dermoïde du plancher buccal* est plus médian et plus profondément situé que la grenouillette. Occasionnellement, une tuméfaction sous le menton est visible. La paroi du kyste n'est pas bleue et sa consistance plus « pâteuse » que la grenouillette. La ponction donne un liquide sébacé riche en cholestérol alors que le liquide du kyste sub-lingual est muqueux, distinct de la salive. Le toucher bidigital est indispensable. Le kyste peut siéger au-dessus ou au-dessous du mylo-hyoïdien. Des dents, dans ce kyste, peuvent être visibles à la radio.

3. *La tuméfaction kystique du canal de Wharton* est due en général à de petits calculs du canal qu'on peut évacuer en massant la glande. Le canal de Wharton est tuméfié, douloureux, irrité. La salive ne s'écoule pas spontanément. L'affection ne remonte qu'à peu de temps. La radiographie peut ne pas révéler de calculs si ceux-ci sont petits.

4. *Les mucocèles des petites glandes salivaires* : celles-ci siègent habituellement sur les joues, les lèvres, la langue, mais elles n'ont pas été signalées jusqu'à présent au niveau du plancher buccal. La grenouillette serait en somme une mucocèle de la sub-linguale.

5. *Les tumeurs mixtes de la glande sub-linguale* sont rares. La tuméfaction n'est pas kystique mais ferme. La ponction ne donne pas de liquide.

6. *Le kyste hydatique* doit être pris en considération dans les régions atteintes du globe. Les épreuves immunologiques et la réaction intra-dermique de Casoni sont positives.

7. *L'hygrome kystique, l'hémangiome et le lymphangiome.* — L'hygrome kystique se rencontre surtout au cou mais peut se voir sous la

forme d'un kyste contenant de la lymphe avec des minces parois dans le plancher buccal. L'hémangiome et le lymphangiome atteignent surtout des enfants et sont souvent associés à des macroglossies. L'hémangiome est plus coloré que les deux autres affections et ressemble à un « amas de vers de terre » (bag of worms). L'hygrome kystique ne peut être distingué du lymphangiome au microscope. La biopsie (au bistouri électrique) éclaire le diagnostic.

8. *Les lipomes, fibromes, neurofibromes* ne sont pas kystiques.

9. *Le phlegmon du plancher buccal* révèle des caractères inflammatoires aigus que ne montrent guère les kystes congénitaux. La tuméfaction est diffuse, elle s'accompagne de fièvre, douleur, etc.

10. *Les kystes para-dentaires de la mandibule* peuvent être distingués par la radiographie. Leur localisation ne peut prêter à confusion avec les grenouillettes.

11. *Les abcès d'une molaire* ayant perforé la table interne de la mandibule et s'étendant dans le plancher buccal doivent être aussi considérés.

12. *Les kystes thyro-glosses* situés au-dessus de l'os hyoïde peuvent refouler le plancher buccal. Le siège principal de la tuméfaction est toutefois plus proche de l'hyoïde que du plancher buccal. La ponction et l'inspection de substances radio-opaques sont utiles. La fistule allant au foramen cæcum peut quelquefois être démontrée. Occasionnellement, on voit apparaître du liquide au niveau du foramen cæcum.

13. *Les tumeurs malignes du plancher buccal* sont ulcérées, bourgeonnantes et ne peuvent être confondues avec des kystes.

V.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Celles-ci proviennent du Service d'oto-rhino-laryngologie de l'Hôpital cantonal de Genève (Directeur : Professeur A. Montandon). Une liste de toutes les interventions pratiquées dans la Clinique depuis le début de 1953 jusqu'au mois de juillet 1958 a été examinée. Nous avons trouvé :

- 1 kyste dermoïde du plancher buccal ;
- 2 grenouillettes ;
- 1 cas de dilatation kystique du canal de Wharton ;

soit 4 cas sur environ 6.000 interventions pratiquées durant la même période, ou, très grossièrement, une fréquence de 1/1.000 sur les interventions O.R.L. courantes. Ceci atteste la rareté de ces affections.

En outre, 2 cas de kystes thyro-glosses durant cette même période ont été observés, soit une fréquence de 1/3.000.

1^{re} observation : Mme S. S., 28 ans. — Pas d'affection héréditaire dans la famille de la patiente, une Italienne. On ne relève pas de maladie dans ses antécédents. Depuis six ans, alors qu'elle avait 22 ans, elle a fait un abcès du plancher buccal. Son médecin traitant ponctionne le plancher et retire environ 30 cc. de pus. Par la suite, la patiente ne se plaignait plus de sa bouche.

Récemment, elle constate qu'une tuméfaction du plancher buccal s'est constituée. La déglutition est difficile. Malgré un traitement aux antibiotiques prescrit par une Permanence, une amélioration ne se dessine pas et elle entre dans le Service.

À l'entrée, elle présentait une tuméfaction ferme et douloureuse du plancher buccal. Sur la face supérieure de la langue, au niveau de la ligne médiane, à 1 cm. en arrière de la pointe linguale, présence d'une petite fistule par où s'écoule du pus. Le reste du status oto-rhino-laryngologique ne montre rien de particulier.

Examen dentaire (Policlinique dentaire de Stomatologie, Professeur A.j. Held). — L'arcade mandibulaire partiellement édentée montre deux prémolaires droites avec une couronne complètement lysée. Les rebords aigus de ces deux racines constituent une irritation continuelle pour la langue. À gauche, distalement à la — 5, l'arcade est complètement édentée. Une radiographie de cette région ne révèle rien de particulier. Après un détartrage, les 5 — et 4 — ont été avulsées.

Prélèvement bactériologique. — Levures du genre *Candida*.

Traitement antibiotique. Des tentatives d'introduire du lipiodol dans la fistule ont échoué étant donné l'étroitesse du trajet de cette dernière.

Le diagnostic de dermoïde du plancher buccal ou d'un kyste thyro-glosse est posé et la patiente est opérée le 10-6-58 (Professeur Montandon), sous narcose : incision arciforme médiane dans la région sous-maxillaire. Le muscle mylo-hyoïdien est très mince et refoulé à l'extérieur, particulièrement dans la région para-médiane droite. Deux petits ganglions chacun du volume d'une noisette, de consistance molle, sont enlevés au passage. On incise le muscle mylo-hyoïdien sur la ligne médiane et on s'aperçoit que la tumeur est située beaucoup plus profondément, en pleine masse musculaire linguale. On dissocie les deux muscles hyoglosses sur la ligne médiane et l'on tombe subitement dans une vaste cavité d'où s'échappe un flot de liquide blanchâtre, épais et légèrement fétide, ayant l'aspect classique du contenu d'un kyste épidermoïde, environ 30 cc. On parvient ensuite à reconnaître la membrane kystique assez épaisse et on la dissèque progressivement. En avant, elle se continue par un petit tractus en direction de la pointe de la langue, qui aboutit sans doute à la fistule constatée cliniquement. Un autre prolongement postérieur aboutit à la région du foramen cæcum et le kyste lui-même descend en direction de l'os hyoïde en cotoyant, à droite et à gauche, les deux glandes salivaires sous-maxillaires. Afin de pouvoir libérer la membrane kystique, il a été nécessaire de sectionner les deux muscles hyoglosses et de procéder à l'hémostase de plusieurs vaisseaux de la langue qui saignaient assez abondamment. On ne parvient pas à suivre le prolongement du kyste dans la région rétro-hyoïdienne mais il est vraisemblable qu'il s'agit d'un énorme développement d'un kyste du tractus thyro-glosse. Suture des muscles du plancher buccal. Mise en place d'un drain-aspiration. Suture cutanée.

DA. — Kyste épidermique enflammé sous forme d'une inflammation chronique. Lymphadénite catarrhale simple.

Suites opératoires bonnes.

Résumé. — Kyste épidermoïde du plancher buccal avec fistule s'ouvrant sur la face supérieure de la langue à 1-2 cm. de la pointe. Poussées inflammatoires. Cette observation d'un dermoïde avec fistule linguale est rare. Au point de vue de l'embryologie pathogénique, il s'agit vraisemblablement d'un trouble de la fusion de l'arc mandibulaire, lors du développement du plancher buccal et de la langue. La possibilité d'un kyste thyro-glosse ne peut être exclue, quoique la fistule ne s'ouvrirait pas au foramen cæcum mais plus en avant. En effet, un prolongement de la fistule, sous forme d'un tractus fibreux se continuait au foramen cæcum.

2^e observation : M. A. B., 24 ans. — Pas d'antécédents familiaux ou personnels. Depuis trois ans, tuméfaction du plancher buccal à droite sans douleur ni signe inflammatoire. Le patient est peu gêné.

Status local. — Sous la langue à droite, un peu en arrière de la glande caroncule, présence d'une tuméfaction de la dimension d'une amande, translucide. Pas de signe inflammatoire. Au toucher, la loge de la glande sous-mandibulaire est libre. Au niveau de la sublinguale, on palpe par contre une tuméfaction de la dimension d'une noix, de consistance ferme et non douloureuse. Extérieurement, on remarque une assez grosse tuméfaction qui aplatit le sillon entre la mandibule et le cou. Les orifices des Wharton sont libres.

Diagnostic. — grenouillette droite.

Radiographie. — Sans particularité.

Intervention le 14-1-56 (Prof. A. Montandon). - « Incision arciforme à droite allant de la région sous-mentale suivant à 1 cm. en dedans le rebord mandibulaire et atteignant en arrière l'angle mandibulaire. Aussitôt après avoir incisé le peaucier, on note la présence d'une volumineuse tumeur polykystique qui fait corps avec la glande sous-maxillaire. Devant la difficulté de dissocier le muscle mylo-hyoïdien fortement adhérent et intriqué dans la formation kystique, on procède à une dissection de la glande sous-maxillaire par son pôle postérieur. On lie l'artère faciale non loin de son émergence carotidienne puis on récline progressivement la glande et le kyste en avant après l'avoir libéré latéralement du côté externe et du côté interne où il adhère à la ligne médiane ; on constate qu'il traverse le plan du mylo-hyoïdien et se continue en avant, directement avec d'autres formations kystiques dans la région sublinguale. On parvient progressivement au doigt et à la compresse à extérioriser toute la partie sus-jacente au plancher du mylo-hyoïdien jusque dans l'angle antérieur du maxillaire, dans la région sublinguale. Afin d'éviter de déchirer la muqueuse buccale et le risque d'une fistule salivaire, on laisse en place un fragment de la glande sub-linguale. Après avoir sectionné et ligaturé cette glande, on suture par un petit surjet au catgut le moignon de la sub-linguale. Toute la masse kystique est ainsi retirée en un bloc. Elle englobe la glande sous-maxillaire et une partie de la ou des glandes sub-linguales. On aperçoit alors le muscle de mylo-hyoïdien qui présente une large perte de substance à droite, le digastrique avec son insertion hyoïdienne à laquelle la tumeur adhérerait également, et le nerf grand hypoglosse qui est intact. Drainage au crin. Points de catgut sous-cutanés. Suture au nylon serti. »

DA. — Grenouillette.

Suites opératoires bonnes.

Résumé. — Grenouillette de la glande sub-linguale droite avec rétention kystique, chez un jeune homme de 24 ans. Peu de phénomènes inflammatoires.

3^e observation : Mme V.A., 53 ans. — Pas d'antécédents familiaux. Était chétive en adolescence. Nombreuses phlébites. Obésité depuis dix ans.

A.A. — Depuis l'âge de 3 ans, elle présente une tuméfaction sous la langue. Un médecin lui a percé le kyste à plusieurs reprises. A 11 ans, nouvelle intervention avec drainage pendant 1-2 jours. Jusqu'à il y a deux ans, la patiente ne ressent rien à ce niveau. Une suppuration continue se développe alors avec forte enflure, fièvre à 38° C. Elle reçoit des antibiotiques et un spécialiste incise la tuméfaction et lui conseille d'entrer dans le Service.

Status local. — Sous la langue, sur la ligne médiane, petite masse molle, indolore, de la dimension d'un pruneau, juste sous la muqueuse. La région sous-maxillaire droite est aussi plus grosse à la palpation et est douloureuse à la palpation par voie buccale. Pas de signe inflammatoire.

Diagnostic. — grenouillette.

Intervention le 14-6-57 (Professeur A. Montandon). — « Incision arciforme de la région sous-mentonnière. Le pannicule adipeux est très développé. Le plan musculaire du mylo-hyoïdien est intact. On incise sur la ligne médiane. On parvient alors sur la tumeur kystique que l'on refoule au doigt, de la cavité buccale. Ce kyste est très adhérent à la musculature. On doit le cliver progressivement du plan musculaire et de la muqueuse buccale, que l'on parvient à conserver intacte. Le kyste est extrait en un bloc après section des canaux de Rivinus. Il se vide en partie de son contenu d'aspect muqueux et

purulent. Suture du plan musculaire au catgut et de la peau au nylon serti avec drainage filiforme au crin. »

D.A. — Grenouillette.

Suites opératoires simples.

Résumé. — Grenouillette chez une femme de 53 ans, présent déjà dès l'âge de 3 ans et qui a été incisé et drainé à plusieurs reprises. A noter que la tuméfaction buccale semblait médiane, « sous la muqueuse », mais qu'il s'agissait de la sub-linguale droite.

4^e observation : M. O. A., 15 ans. — Pas d'antécédents familiaux ou personnels.

A.A. — Depuis 2-3 ans, apparition d'une tuméfaction de la région sous-mandibulaire gauche avec accroissement progressif du volume. Le patient n'est pas gêné outre mesure. Pas de douleur ou poussées inflammatoires.

Status local. — Les deux canaux de Wharton sont augmentés de volume, saillants, indurés à la palpation. L'orifice des canaux ddc. est très peu visible. Echec d'une tentative de sondage. De plus, tuméfaction molle, indolore, de la région sous-mandibulaire gauche assez mal délimitée mais occupant surtout la région de la loge de la glande sous-maxillaire.

Une tentative de sonder les canaux de Wharton échoue à cause de l'œdème de ces derniers.

Radio à vide. — Sans particularité.

Ponction du kyste au niveau du Wharton gauche. — On retire quelques gouttes de liquide huileux.

Intervention le 8-4-54 (Professeur A. Montandon). - « Incision arquée à 1 cm. en arrière de la symphyse mentonnière que l'on prolonge à gauche jusqu'à 2 cm. en arrière de l'angle mandibulaire. On libère ainsi une sorte de lambeau cutané et l'on découvre largement la région sous-maxillaire gauche jusqu'au delà de la médiane. Le muscle mylo-hyoïdien est refoulé en dehors par la tumeur kystique qui est donc située au-dessus du plancher buccal. Après avoir découvert le rebord mandibulaire gauche dans toute sa longueur, on sectionne en avant les faisceaux du mylo-hyoïdien jusqu'à la ligne médiane et l'on désinsère le muscle entièrement du côté gauche. Par cette manœuvre, le kyste se trouve découvert et se présente sous la forme d'une poche volumineuse de la taille d'un gros œuf de poule qui occupe la région sous-maxillaire gauche. La glande salivaire elle-même est refoulée en arrière. Elle est indépendante du kyste. Après avoir constaté au toucher par voie buccale que le kyste est en contact avec la muqueuse du sillon gingivo-lingual, on procède à une dissection très prudente de la tumeur. Entretemps, la glande sous-maxillaire est extirpée après avoir lié l'artère faciale à son pôle postérieur. La glande est d'apparence normale mais on ne trouve pas de vestige du canal de Wharton qui était probablement atrophié. Recouvrant le pôle postérieur de la glande, se trouvent 2 ganglions du volume d'un pois qui sont extraits pour examen histologique. On parvient finalement à retirer intact le kyste qui est entouré d'une limitante suffisamment solide mais dont la consistance est franchement liquide. La muqueuse buccale, très mince, est intacte. La glande sub-linguale apparaît en avant nettement indépendante du kyste comme, précédemment, la glande sous-maxillaire. Réfection de la musculature du plancher buccal par une suture au catgut. Suture de la peau par des points sous-cutanés au catgut et des points cutanés au nylon. Drainage au crin. »

D.A. — Lymphadénite catarrhale. Dilatation des canaux excréteurs de la glande sous-maxillaire. Kyste par dilatation du canal excréteur.

Suites opératoires bonnes.

En résumé. — Dilatation kystique du canal de Wharton gauche chez un jeune homme de 15 ans. Affection chronique puisqu'elle remonte à deux ans en arrière.

Nous reproduirons maintenant 2 observations de kystes thyro-glosses qui, bien que ne touchant pas directement le plancher buccal, entrent dans le diagnostic différentiel.

5^e observation : Mme E. S., 38 ans. — Pas de cas malformatifs familiaux. A souffert d'un ictère épidémique à 10 ans et d'une diphtérie à 15 ans.

A.A. — Depuis quelques mois, dysphagie douloureuse. Puis remarque une petite tuméfaction sur la partie antérieure du cou à la hauteur du cartilage thyroïde. En quelques jours, la tuméfaction régresse et tout rentre dans l'ordre. Quelques mois plus tard, réapparition des mêmes troubles avec tuméfaction cervicale antérieure, sans fièvre.

Status local. — Tuméfaction de la grosseur d'une noix sur la partie latéro-antérieure du cartilage thyroïde, de consistance molle, élastique, mobile sur les plans profonds, indolore, bougeant avec les mouvements de déglutition. Larynx normal.

Métabolisme basal : — 10%.

Divers status en ordre.

Radios du cou. — Ne montrent rien de particulier.

Diagnostic. — Kyste thyro-glosse.

Intervention le 27-5-55 (Prof. A. Montandon). — * Incision en cravate à la hauteur de la tumeur. La musculature pré-thyroïdienne est très atrophiée au voisinage de la ligne médiane. On rencontre rapidement la tumeur qui est de consistance kystique, à parois épaisses. On la libère progressivement sur ses deux faces latérales puis à son pôle inférieur. Celui-ci repose sur le cartilage thyroïde au niveau de l'échancrure du cartilage thyroïde mais il ne pénètre pas en dedans du dièdre thyroïdien. Après avoir dénudé en partie l'os hyoïde et reconnu que le kyste s'insinue sous la plaque médiane de celui-ci, en débordant un peu vers la gauche, on sectionne la partie médiane de l'hyoïde antérieur par deux coups de ciseaux de Liston. La face postérieure du kyste ayant été facilement clivée de l'épiglotte sur laquelle elle reposait, on la résèque en un bloc avec la partie attenante de l'os hyoïde précédemment sectionné. On ne constate pas de prolongement du kyste vers la base de la langue. Par contre, l'adhérence est assez grande dans la région médiane du ligament avec l'épiglotte. Par transparence, on aperçoit le bord libre de l'opercule épiglottique et les vallécules linguales dont la muqueuse est respectée. Suture de la musculature par quelques points au catgut. Drainage aux crins de Florence. Suture et agrafes à la peau. »

D.A. — Kyste thyro-glosse avec phénomènes inflammatoires.

Suites opératoires simples.

En résumé. — Kyste du tractus thyro-glosse chez une femme de 38 ans. Lorsque la tuméfaction avait spontanément régressé, le kyste s'était probablement vidé par voie interne.

6° observation : M. B. L., 49 ans. — Pas de malformations familiales.

A.A. — En 1934, opération dans une Clinique de la ville pour « kyste laryngé ». Depuis, allait bien. Il y a un mois, il remarque que sa voix devient rauque et une dysphagie pour les solides s'installe. Une tuméfaction au niveau de la pomme d'Adam se manifeste également.

Status local. — Cicatrice transversale au niveau du cou (ancienne opération). Dans la région supra-hyoïdienne droite, tuméfaction de la dimension d'une noix, ferme, presque dure, indolore, et fixée aux plans profonds (lame droite du cartilage thyroïde). La voix est rauque. Pas de dyspnée. Crépitation laryngée présente. Le larynx semble dévié vers la gauche. Une épiglote fortement basculée en arrière masque la glotte.

Ponction du kyste. — Liquide opalescent (2 cc.). Culture stérile.

Radios. — Tuméfaction radio-opaque arrondie, sus-hyoïdienne, de la dimension d'une noix.

Diagnostic. — Kyste thyro-glosse.

Intervention le 21-12-54 (Docteur Rauch). — « Après une anesthésie minutive du nerf laryngé supérieur et des fibres du nerf vague thyroïdien, on incise sur une ligne partant à 1 cm. au-dessus de l'os hyoïde jusqu'à la hauteur du rebord inférieur du cartilage thyroïdien. On prépare la partie médiane de l'os hyoïde et l'on découvre la partie supérieure du kyste qui est entourée d'une capsule très fibreuse. Ce kyste est à cheval sur la branche hyoïdienne droite et semble pénétrer l'os sur la ligne médiane. On prépare ensuite le kyste situé au-dessous de l'os hyoïde dont la membrane est beaucoup plus fine que toute celle de la partie supérieure. Le kyste plonge entre l'épiglotte et le cartilage thyroïdien. Il dépasse de très peu la ligne médiane mais la plus grande partie est située dans l'hémi-larynx droit et déborde d'un tiers la largeur de l'épiglotte en remplissant de cette façon le sinus piriforme droit. Dans cette partie, la fine membrane du kyste est très adhérente à la muqueuse hypopharyngée de sorte que la préparation est rendue très difficile. On est obligé d'utiliser un bistouri par crainte de déchirer la muqueuse avec un raspoire. La région étant fortement vascularisée et la préparation de cette région n'avancant que par millimètre, l'opération se prolonge pendant quatre heures et demi. Sur la ligne médiane, on arrive jusqu'au pied de l'épiglotte mais comme l'épiglotte elle-même se laisse replier vers l'intérieur, il n'est pas nécessaire d'ouvrir le cartilage thyroïde. Sur le conseil du Professeur Montandon, on pratique une trachéotomie étant donné que l'importance de cette opération laisse prévoir un œdème post-opératoire. Comme on a l'impression qu'un petit endroit localisé à la paroi aryépiglottique du sinus piriforme est extrêmement mince, on fait quelques nœuds pour rapprocher les parties plus solides. Le kyste a pu être extirpé sans dommage. De même, la muqueuse laryngée et hypopharyngée n'a été nulle part incisée. L'hémostase est difficile aussi met-on ddc. du Gelfoam imprégné de Topostasine. Des deux côtés du larynx, on place un drain de caoutchouc fixé par des nœuds de catgut, on ferme le fascia laryngé interne ainsi que l'externe. Sutures sous-cutanées et cutanées. »

D.A. — Kyste thyro-glosse partiellement logé dans l'os hyoïde.

En résumé. — Volumineux kyste thyro-glosse latéral opéré incomplètement vingt ans auparavant.

VI.

CONCLUSIONS ET RÉSUMÉ

Les principaux kystes du plancher buccal sont :

- a) La grenouillette ou ranula, tuméfaction kystique de la glande sublinguale, quelquefois congénitale, mais pas toujours.
- b) Le dermoïde du plancher buccal, siège sur la ligne médiane, soit au-dessus soit au-dessous du muscle mylo-hyoïdien. Sa paroi contient des glandes sébacées qui sécrètent un liquide visqueux dans lequel se trouvent des poils et même des dents. Exceptionnellement, le dermoïde peut être latéral, au niveau de l'angle mandibulaire. La localisation initiale aurait été médiane, avec migration latérale consécutive.

Dans le diagnostic différentiel, le kyste thyro-glosse, l'hygrome kystique, le lymphangiome et l'hémangiome, la dilatation kystique du canal de Wharton, doivent être considérés.

La grenouillette et le kyste dermoïde du plancher buccal sont bien plus rares qu'il n'est généralement cru. Sur environ 6.000 interventions pratiquées dans le Service depuis cinq ans (1953-1958), nous avons trouvé :

- 1 dermoïde ;
- 2 grenouillettes ;
- 1 cas de dilatation kystique du canal de Wharton.

Si l'on ajoute ces cas, leur fréquence est de 1/1.000 environ des affections chirurgicales oto-rhino-laryngologiques. En outre, pendant cette même période, 2 kystes thyro-glosses ont été observés.

Le diagnostic est rendu difficile par les ruptures spontanées produites dans ces kystes. Une fois ceux-ci vides, l'examen peut être négatif.

Il importe de bien distinguer les kystes branchiaux des dermoïdes. Ces derniers renferment une matière sébacée, des poils et fréquemment des dents, ce qui n'est pas le cas avec les premiers.

L'exérèse radicale est le traitement de choix. L'observation minutieuse du siège anatomique du kyste et l'examen histologique sont utiles non seulement pour le diagnostic, mais aussi pour se faire une idée quant à la pathogénèse embryologique du kyste.

BIBLIOGRAPHIE

- ALEJO, P. B. — *Quiste epidermoideo de epiglottis*. Rev. Argent. de ORL, 16, 95, 1947. Rapporté par Excerpta ORL, 2, 1949.
- AUSBAND, J.R., HARRILL, J.A., PAUTLER, E.E. — *Myxolipoma of the base of the tongue*, Report of a case. Ann. Otol. Rhinol. and Laryngol. 62, 1039, 1953.
- BAILEY, H. — *Ranula*. Brit. Dent. J. 52, 581, 1931.
Thyroglossal cysts and fistulae. Brit. J. Surg. 12, 579, 1925.
Branchial cysts. H.K. Lewis and Co, Londres.
- BAKER, W.M. — *On ranula*, St. Barth. Hosp. Rep. 7, 134, 1871.
- BAUER, I.E. — *Epiglottiszyste* (Retentionszyste). Monatsschrift für Ohrenheilk. 82, 223, 1948.
- BENJAMINS, C.E. — *Two cases of cysts of the larynx*. Acta Otolaryng. 32, 483, 1924.
- BJERRUM, O. — *Ein Fall von Unterkieferteratom*. Tandlae gebl., 34, 321, 1930.
- BRANCHI, P.P. — *Su un caso di voluminosa cisti del pavimento della bocca* (Contributo casistico). Riv. Pat. Clin. Parma 6, 245, 1951.
- BRINTNALL, E.S., DAVIES, J., HUFFMAN, W.C. et LIERLE, D.M. — *Thyroglossal ducts et kysts*. Arch. Otolaryng. 59, 282, 1954.
- CABANETTES, J. — *A propos des kystes dermoïdes du plancher de la bouche*. Revue de Laryngol. (Bordeaux), 73, 77, 1952.
- CATTALORDA, M.-J. — *Contribution à l'étude du traitement de la grenouillette sublinguale commune*. Ann. anat. Path. 1, 441, 1924.
- CRAWFORD, J.K. et WEBSTER, J.P. — *Congenital dermoid cysts of the nose*. Plast. and Reconstr. Surg. 9, 235, 1952.
- CZELADZIN, P. — *A case of colloid goitre at the base of the tongue*. Otolaryng. polska 7, 139, 1953. Rapporté par Excerpta ORL 7, 1954.
- DECHAUME. — *Kyste dermoïde du plancher de la bouche*. Rev. de Stomatologie, 1938 (octobre).
- DE VOS, J. — *Polype dermoïde de la cavité buccale*. Brux. méd. 33, 1649, 1953. Rapporté par Excerpta ORL 7, 1954.
- DRABE, J. — *Pathogenesis of cervical and laryngeal Cysts*. Arch. Ohr., Nas.-U. Kehlkeilk. 164, 147, 1953.
- ERICH, J.B. et JOHNSEN, D.S. — *Congenital dermoïd cyst*. Am. J. Surg. 85, 104, 1953.
- ERRECART, P.L. et CASTILLO MORALES, J.M. — *Quiste hidatidico del piso de la boca*. Acta oto-rino-laring. ibero amer. 3, 318, 1952.
- FERREIRA, C. — *Sobre o tratamento da ranula*. Rev. méd. Parana 9, 109, 1940.

- FINZI, A. — *Tre casi di cilindromi della base della lingua*. Arch. ital. Otol. 63, 541, 1952.
- FITZWILLIAMS, D.C.L. — *Ranula*. Brit. J. Surg. 14, 472, 1927.
- FONTAINE, S.B. — *Congenital anomalies of the floor of the mouth and of the mandible : report of 2 cases*. J. Oral Surg. 8, 331, 1950.
- FRAZER, J.E. — *A manual of embryology*, 2^e édit., Baillière, Tindall and Co. Londres, 1940.
- GOLDMAN, J. — *Contribution à l'étude du traitement de la grenouillette sub-linguale par la marsupialisation*, Thèse de Paris, 1922.
- GRABSKE, Jr. C.F. — *Dermoid cyst of the midline of the neck*. Case Report. Arch. Otolaryng. 54, 183, 1951.
- HALSTEAD, A.E. — *Three cases illustrating points in the surgical pathology of the region of the embryonic branchial clefts*. S. Clin. Chicago 1, 323, 1917.
- HOWELL, J.A. et PRINCE, T.C. — *Congenital cyst of the base of the tongue* (Report of a case). Ann. Otol. 62, 896, 1953.
- JOHNSTON, W.H. — *Cysts of the floor of the mouth*. Ann., Otol., Rhinol. and Laryng. 51, 917, 1942.
- KINDLER, W. — *Therapeutic results in filling cysts of the floor of the mouth (ranula) with radiopaque substances*. Arch. Ohr., Nas.-U.- Kehlheilk. 159, 397, 1951.
- KLOS, J. — *Cysts of the mouth*. CsP. Otolar. (Prague) 2, 40, 1953. Résumé dans Excerpta ORL 7, 1954.
- LIERLE, D.M. — *Congenital lymphangiomatous macroglossia with cystic hygroma of the neck*. Ann. Otol., Rhin. and Laryng. 53, 574, 1944.
- LODGE, W.O. — *Cysts of the epiglottic valleculae*. 5^e Congrès international d'ORL, Amsterdam, juin, 1953.
- LOUBARD, C. — *La grenouillette sub-linguale*. Algérie médic., 1933 (février).
- MORF, P.F. — *A study of ranula*. Surg. Gynec. and Obst. 1, 505, 1905.
- NEW, G.B. — *Congenital cysts of the tongue, the floor of the mouth, the pharynx and larynx*. Arch. Otolaryng. 45, 145, 1947.
- NEW, G.B. et ERICH, J.B. — *Congenital cysts of larynx*. Arch. Otolaryng. 30, 943, 1939.
Dermoid cysts of the head and neck. Surg. Gynec. and Obst. 65, 48, 1937.
- PEELE, J.C. — *Uncommon conditions in the field of oto-laryngology seen in office practice*. Arch. Otolaryng. 53, 492, 1951.
- POUGOL. — *Volumineux kyste dermoïde du plancher de la bouche*. Rev. de Stomatol. 1930 (août).
- PRATI, E. — *Rarissima osservazione di ghiandole salivare aberrante*. Boll. Mem. Soc. toscano-umbra Chir. Firenze, 11, 679, 1950.
- PROCTOR, B. — *Lateral vestigial cysts and fistulae of the neck*. Ann. Otol. Rhinol. and laryngol. 65, 355, 1955.
- RAPPAPORT, H.M. — *Neurofibromatosis of the oral cavity*, 1 cas. Oral Surg. 6, 599, 1953.

- REES, C.E. et BROWN, M.J. — *Cyst of the thyroglossal duct*. Am. J. Surg. 85, 597, 1953.
- SALIS, B. — *Criteri classificativi istagenitici delle cisti dermoidi del pavimento della bocca*. Clin. Otorino-lar. 7, 245, 1955.
- SHORE, B.R. — *Sublingual epidermoid cysts*. Ann. Surg. 108, 305, 1938.
- STEIN, O.J. — *Cysts in the floor of the mouth*. Ann. Otol., Rhinol. and laryngol. 34, 1028, 1925.
- THOMA, K.H., HOLLAND, D.J., Jr, WOODBURY, H.W., BURROW, J.G. et SLEEPER, E.C. — *Salivary cysts*. Oral Surg., Oral Med. and Oral Path. 1, 17, 1948.
- THOMA, K.H. — *Oral Pathology*, 4^e édit. C.V. Mosby Company, St. Louis, 1954.
- THOMPSON, J.E. — *The relationship between ranula and branchiogenetic cysts*. Ann. Surg. 72, 164, 1920.
Surgery and embryology. Surg., Gynec. and Embryol. 31, 18, 1920.
- TRUFFERT, P. — *Collection médico-chirurgicale, oto-rhino-laryngologie*, Flammarion, Paris, 1948.
- TSUZUKI, M. — *Ranula and syphilis*. Am. J. Surg. 37, 127, 1937.
- WARD, G.E., HENDRICK, J.W. et CHAMBERS, R.G. — *Thyroglossal tract abnormalities, cysts and fistulae*. Surg., Gynec. and Obst. 89, 727, 1949.
- VASS, R. — *Encyclopédie médico-chirurgicale, Section Stomatologie*, 1^{re} édit., 1939, 22056.
-

